

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR.07/SES/2015

ZDRAVSTVENA NJEGA TRUDNICE S EPH GESTOZAMA

MARTINA PER

BJELOVAR, OŽUJAK 2016



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Per Martina**

Datum: 02.02.2015.

Matični broj: 000658

JMBAG: 0314006207

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA MAJKE I NOVOROĐENČETA**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega trudnice s EPH gestozom – prikaz slučaja**

Mentor: **Mirna Žulec, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Dr.sc. Zrinka Puharić, predsjednik**
2. **Mirna Žulec, dipl.med.techn., mentor**
3. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 07/SES/2015

Studentica će prikazati zdravstvenu njegu trudnice s EPH gestozom kroz prikaz slučaja.

Zadatak uručen: 02.02.2015.

Mentor: **Mirna Žulec, dipl.med.techn.**



SADRŽAJ

1.UVOD.....	1
1.1.Hipertenzivna bolest u trudnoći	1
1.2.Epidemiologija hipertenzivne bolesti.....	2
1.3.Klinički znakovi gestoza.....	4
1.4.Klasifikacija i definicije hipertenzivne bolesti prema američkom društvu ginekologa i opstetričara.....	5
1.5.Preeklampsija.....	6
1.6.Eklampsija.....	7
1.7.Cilj antihipertenzivne terapije.....	9
1.8.HELLP sindrom.....	11
1.9.Sestrinska skrb za pacijentice s preeklampsijom i eklampsijom.....	13
2.CILJ RADA	14
3.METODE RADA	15
4.REZULTATI RADA	16
5.PRIKAZ SLUČAJA	17
6.SESTRINSKE DIJAGNOZE	18
7.RASPRAVA	20
8.ZAKLJUČAK	21
9.LITERATURA	22
10.SAŽETAK	23
11.SUMMARY	24

1.UVOD

„Gestoze su bolesti uvjetovane trudnoćom, što znači da nastaju jedino u trudnoći i prestankom trudnoće nestaju“(1). Prema dobi trudnoće razlikujemo rane i kasne gestoze. Rane gestoze se obično javljaju u prvom tromjesječju trudnoće i to u obliku prekomjernog lučenja slina, umjerenog povraćanja te prekomjernog povraćanja. Kasne gestoze se javljaju nakon 20. tjedna trudnoće, u porodu i puerperijua simptomi kasnih gestoza su edemi, proteinurija i hipertenzija.

1.1. Hipertenzivna bolest u trudnoći

Hipertenzija u trudnoći se definira kao trajno povišenje krvnog tlaka u fazi mirovanja u dva mjerenja tokom dva sata iza 20. tjedna trudnoće kod prethodno normotenzivnih trudnica. Javlja se u oko 5 - 10% trudnoća od toga je 70% gestacijska hipertenzija, a 30% kronična preegzistentna hipertenzija. “U početku se stanje konvulzije u trudnoći smatralo oblikom epilepsije, a tek kasnije se odjeljuje i naziva „eclampsia“ prema grčkoj riječi „bljesnuti““(2). „Spoznavom da s trudnoćom združena hipertenzija prethodi konvulzijama, vodi do termina preeklampsija“(1). Ovaj sindrom hipertenzivne bolesti u trudnoći naziva se toksemija, gestoze, EPH –gestoze prema početnim slovima simptoma. Hipertenzivna bolest u trudnoći i preeklampsija su bolesti rane trudnoće, tj. malplacentacije s postupnim subkliničkim razvojem bolesti do 20. tjedna trudnoće. “Endotelna aktivacija ključni je čimbenik nastanka hipertenzivne bolesti u trudnoći“(1). Kod trudnica koje imaju težak oblik hipertenzivne gestacijske bolesti, teške preeklampsije i eklampsije nalazimo u 40% slučajeva patohistološku cerebralnu hemoragiju te u 85% slučajeva male cerebralne hemoragijske lezije i fibrinoidne promjene cerebralnih žila. Majčin morbiditet i letalitet povezani su s češćom abrupcijom posteljice, intrakranijalnim krvarenjem, rupturom jetre dok fetalni ili neonatalni morbiditet povezan je s fetalnom asfiksijom, IUGR tip II, intrakranijalnom hemoragijom, RDS.

1.2 EPIDEMIOLOGIJA HIPERTENZIVNE BOLESTI

HEMODINAMSKE PROMJENE

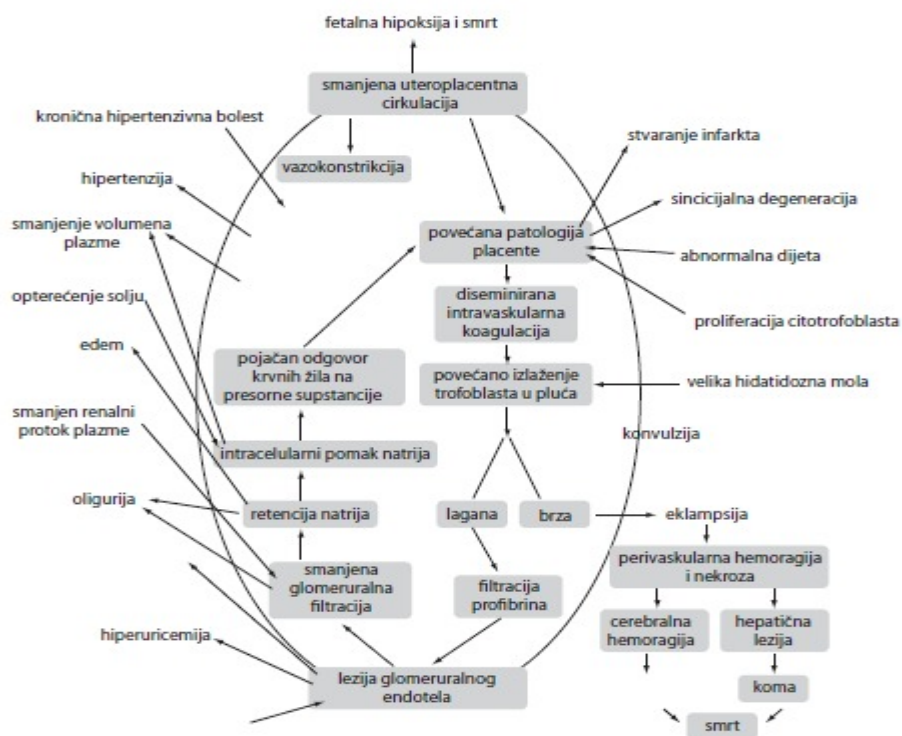
Hemodinamske i biokemijske promjene u trudnoći mogu se uočiti i prije 20.tjedna trudnoće iako se inače pojavljuju u 20.tjednu trudnoće. Dolazi do povećane osjetljivosti na angiotenzin tip II. Imamo tri osnovne hemodinamske promjene koje se ujedno pojavljuju s kliničkim simptomima preeklampsije, a to su:

- 1) Hipertenzija-nastaje zbog povišenja perifernog žilnog otpora.
- 2) Smanjeni minutni volumen
- 3) Smanjeni ukupni volumen plazme-rezultat je povećane propusnosti endotela i transudacije plazme.

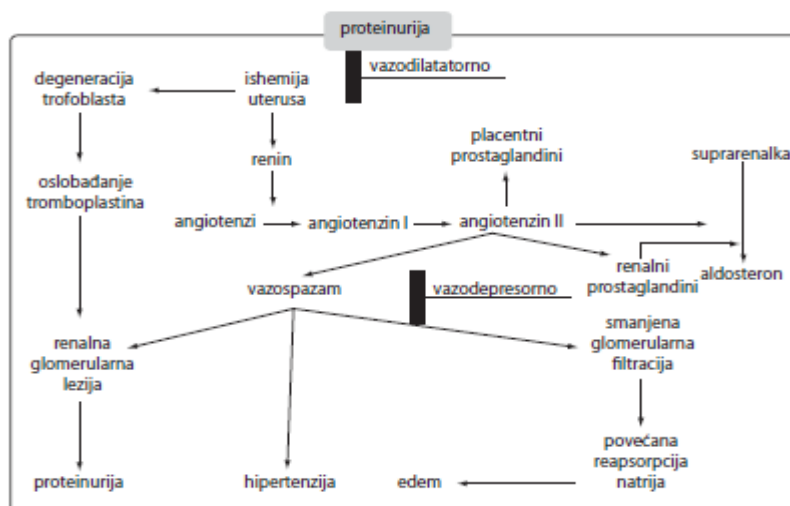
Jedno od glavnih obilježja osim hemodinamskih promjena kod preeklampsije je insuficijencija uteroplacentarnog krvotoka i intrauterini zastoj rasta.

PATOHISTOLOŠKE I PATOMORFOLOŠKE PROMJENE POSTELJICE

Kod preeklampsije se događaju promjene zbog neodgovarajuće migracije trofoblasta i izostale fiziološke pretvorbe spiralnih arterija. "Pri preeklampsiji ostaje očuvan mukoloelastični sloj spiralnih arteriola, zbog čega njihov lumen ostaje uzak tijekom cijele trudnoće, a stijenka osjetljiva na vazokonstriktorne tvari"(2). Spiralne arteriole u preeklamptičnih trudnica su 60% uže, a njihova povećana vijugavost usporava struju krvi. U promjene posteljice ubrajamo i povećanu učestalost posteljičnog infarkta i smatra se da 50% infarciranog posteljičnog tkiva ugrožava zdravlje fetusa.



SLIKA [1] Shematski prikaz značenja uteroplacentarnog krvotoka i diseminirane intravaskularne koagulacije u etiopatogenezi EPH gestoze i eklampsije (po Pageu)(6).



SLIKA [2] Shematski prikaz uloge prostaglandina u etiopatogenezi EPH-gestoze [po Speroff u](6).

1.3 KLINIČKI ZNAKOVI GESTOZA

HIPERTENZIJA

Hipertenzijom smatramo povišenje sistoličkog tlaka za 30mmHg ili više te dijastoličkog za 15mmHg ili više u odnosu na tlak u ranijoj trudnoći ili prije trudnoće. Gornja granica normalnog sistoličkog tlaka je 140mmHg i dijastoličkog tlaka 90mmHg, stoga je povišen krvni tlak središnji simptom preeklampsije. U istraživanjima 20% žena s eklampsijom nije nikada imalo povišen krvni tlak >140mmHg.

PROTEINURIJA

„Proteinurija se registrira kada iznosi više od 0,3g/L po Esbachu“(3). Proteinurija koja je združena s hipertenzijom nam je najsnažniji pokazatelj fetalne ugroženosti. Perinatalni mortalitet utrostručuje se u trudnica s proteinurijom, a količina proteinurije korelira s perinatalnim mortalitetom i IUGR-om.

EDEM

„Ponekad edemi prethode povišenom krvnom tlaku i proteinuriji. Porast tjelesne težine veći od 500 grama tjedno upozoravajući je znak preeklampsije“(3). Edemi u preeklampsiji nastaju zbog retencije natrija. Edemi lica i ruku su udruženi s retencijom natrija i dobar su nam pokazatelj kod nastanka preeklampsije dok pretibijalni edemi nastaju zbog hidrostatskog mehanizma. „Edem je rani i uobičajeni znak preeklampsije ali ne i dijagnostički“(3).

PROMJENE RETINE

Retinalne vaskularne promjene važan su znak preeklamptičnih trudnica koje nalazimo pregledom fundusa oka. Javlja se u oko 50% trudnica s preeklampsijom. Lokalizirana retinalna vaskularna suženja vide se kao segmentalni spazam.

HIPERREFLEKSIJA

„Duboki tetivni refleksi pojačani su u mnogih žena prije nastanka konvulzija, ipak brojne mlade osobe imaju hiperrefleksiju, a nemaju preeklampsiju“(3).

Tablica br. 1- Indeks gestoza po Goecku(7).

Bodovi		0	1	2	3
E	edemi (nakon mirovanja)	nema edema	tibijalni	generalizirani	-
P	proteinurija (u g ‰ po Esbachu)	< 0,5	< 0,5-2	< 2-5	< 5
H	krvni tlak (sistolički u mmHg)	< 140	> 140-160	> 160-180	> 180
	krvni tlak (dijastolički u mmHg)	< 90	> 90-100	> 90-110	> 110

1.4 KLASIFIKACIJE I DEFINICIJE HIPERTENZIVNE BOLESTI PREMA AMERIČKOM DRUŠTVU GINEKOLOGA I OPSTETRIČARA

- A. Kronična hipertenzija >140/90 mmHg prije 20.tjedna trudnoće ili 6 tjedana poslije poroda.
- B. Preeklampsija – eklampsija; dijagnozu postavljamo na temelju hipertenzije s proteinurijom, a kod eklampsije toničko-klonički grčevi. Proteinurija kao izlučivanje proteina u urinu 300 mg/24h.
- C. Preeklampsija superponirana na kroničnu hipertenziju - javlja se kod žena koje imaju novonastalu proteinuriju, kada im iznenada poraste tlak, ako se pojavi trombocitopenija ili porastu aminotransferaze.
- D. Gestacijska hipertenzija – javlja se nakon 20. tjedna trudnoće nije uključen niti jedan drugi poremećaj koji bi nam upućivao na preeklampsiju.

1.5. PREEKLAMPSIJA

Preeklampsija je bolest koja nastaje zbog vazokonstrikcije i smanjene perfuzije, posebno esencijalnih organa. Prema vrijednostima krvnog tlaka i proteinuriji razlikujemo:

- Umjerena preeklampsija – RR 140/90mmHg – 160/110mmHg; proteinurija 2-3 +
- Teška preeklampsija – RR > 160/110 mmHg, proteinurija > 3+, >5g/L, praćenje nalaza uremične kiseline

SIMPTOMI PREEKLAMPSIJE

„Napetost u rukama i nogama, parestezije zbog kompresije medijalnog i ulnarnog živca nastaju zbog retencije tekućine“(3). Dolazi do glavobolja i mentalnih konfuzija što nam pokazuje na slabu cerebralnu perfuziju. Kognitivna srčana bolest i abrupcija posteljice također prikazuju komplikacije preeklampsije.

TERAPIJA KOD LIJEČENJA PREEKLAMPSIJE

„Jedina definitivna terapija preeklampsije koja zaustavlja patofiziološki proces koji je uzrokovao samu bolest je porod“(3). Prije nego se donese odluka o dovršetku trudnoće treba procijeniti o težini bolesti, trajanju trudnoće te stanju fetusa. Kod blage preeklampsije trudnoću koja je udaljena od termina možemo kontrolirati ambulantno ako je stanje fetusa dobro. Od velike nam je važnosti redovito kontrolirati stanje majke i fetusa kako bi na vrijeme uočili simptome pogoršanja što nam je ujedno i indikacija za hospitalizaciju. Da bi se povećao uteroplacentarni protok trudnici se preporučuje mirovanje uz ležanje na boku.

„Ukoliko se razvije teška preeklampsija prije 24. tjedna trudnoće općenito je prihvaćeno mišljenje da trudnoću treba dovršiti budući da se pokazalo da konzervativna terapija povećava i perinatalni i maternalni mortalitet i morbiditet“(3). Trudnice koje razviju tešku preeklampsiju nakon 34. tjedna imaju povoljan perinatalni ishod i treba ih poroditi te je opravdana primjena glukokortikoida kako bi se pospješilo sazrijevanje fetalnih pluća. Osim terapije dovršetka trudnoće porodom još se kod preeklampsije upotrebljavaju i razni antihipertenzivi koji su podijeljeni prema mehanizmu djelovanja kao što su vazodilatatori, simpatokolitici i kalcijevi antagonisti.

1.6.EKLAMPSIJA

Eklampsija je pojava konvulzija u trudnica sa znakovima preeklampsije i jedan je od vodećih uzroka mortaliteta majki širom svijeta. "Iako je rijetka eklampsija još uvijek značajno pridonosi maternalnom mortalitetu te je odgovorna za godišnje preko 50 000 majčinih smrti širom svijeta"(3).

ETIOLOGIJA I RIZIKO FAKTORI EKLAMPSIJE

Eklampsija je multisistemna bolest čiji uzrok još nije razjašnjen. Rizični faktori za nastanak eklampsije je primigravida, žene mlađe životne dobi te višeploidne trudnoće. Pokazalo se da kćeri i sestre preeklampsijskih žena imaju i do četiri puta povećan rizik za nastanak preeklampsije. „Ostali rizični faktori koji sa sobom nose 1-2 puta povećan rizik su multipare koje su začele trudnoću s novim partnerom, neudate žene, prethodne trudnoće komplicirane s preeklampsijom, dijabetes te podatak o bubrežnim bolestima i hipertenzija izvan trudnoće"(3).

KLINIČKA SLIKA EKLAMPSIJE

„Eklampsijski napadaj sastoji se od eklampsijske konvulzije epileptiformnog tipa"(3). Razlikujemo toničku fazu generalizirane mišićne kontrakcije za vrijeme koje žena gubi svijest i postaje cijanotična s pjenom na ustima, traje oko 30 sekundi. Zatim slijedi klonička faza koja je obilježena naizmjeničnim trzajevima mišića te traje oko 40-70 sekundi. Bolesnica može nakratko biti i bez svijesti nakon završetka napada. Za vrijeme samog napada pacijentica se može ugristi za jezik, pasti s kreveta, aspirirati želučani sadržaj.

LIJEČENJE EKLAMPSIJE

Standardni pristup u terapiji eklampsije je:

- a) Osigurati adekvatnu funkciju kardiorespiratornog sustava
- b) Suzbiti eklampsijski napadaj primjenom jednog od antikonvulzivnih lijekova
- c) Spriječiti pojavu novih eklampsijskih napadaja
- d) Sniziti krvni tlak ukoliko prelazi 160/110 mmHg
- e) Stabilizirati pacijenticu i osigurati uvjete za definitivnu terapiju, a to je porod

STUPNJEVITI PRISTUP EKLAMPSIJI

1. Korak: pustiti konvulzije da same prođu
2. Korak: stabilizirati ženu; uspostaviti dišni put i oksigenaciju majke tijekom i nakon konvulzija
3. Korak: spriječiti ozljedu majke i aspiraciju; okrenuti u bočni položaj, osigurati rubove kreveta da se spriječi pad
4. Korak: nakon napadaja dati magnezijev sulfat, da se spriječi ponovni eklamptički napadaj
5. Korak: liječiti tešku hipertenziju; antihipertenzivi najčešće labetalol i hidralazin
6. Korak: spriječiti komplikacije
7. Korak: započeti indukciju porođaja

Od općih mjera koje radimo prilikom eklamptičkog napadaja je da pacijenticu okrenemo u lijevi bočni položaj, osiguramo prohodnost dišnih putova te adekvatna oksigenacija.

ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA KOD EKLAMPSIJE

U liječenju eklampsije danas se primjenjuje magnezijev sulfat, diazepam i fenitoin.

Istraživanja pacijentica s eklampsijom pokazala su da pacijentice koje su primale magnezijev sulfat imaju 52% manji rizik od ponavljanih konvulzija u odnosu na one koje su primale diazepam, tj. 67% manji rizik od onih koje su primale fenitoin.

Magnezijev sulfat kao lijek se koristi više od pola stoljeća, glavni je lijek u liječenju eklamptičkih napadaja. Možemo ga primjenjivati na dva načina; prvi je način intarmuskularni a drugi je intravenozni. Preporučena doza primjene magnezijeva sulfata je 4-6 grama i.v. infuzijom kroz 3-5 minuta kojoj je cilj uspostavljanje terapijske koncentracije magnezijeva sulfata u krvi. "Terapiju magnezijevim sulfatom bi trebalo nastaviti najmanje 24h nakon poroda, tj. nakon nastupa zadnje konvulzije"(3). Veoma važna karakteristika magnezijeva sulfata je ta da nema štetnog učinka na fetus i neonatus za razliku od diazepama.

Diazepam se koristi u liječenju eklamptičkog napadaja s početnom dozom 10 mg intravenozno kroz 2 minute, a kasnije slijedi kontinuirana intravenozna infuzija 40 mg diazepama u 500 ml fiziološke otopine tokom 24 sata.

1.7.CILJ ANTIHIPERTENZIVNE TERAPIJE

„Cilj antihipertenzivne terapije kod teške preeklampsije i eklampsije je sniziti krvni tlak na onu razinu na kojoj će rizik od nastanka cerebralnog krvarenja biti minimalan vodeći računa da se istovremeno ne ugrozi uteroplacentarni protok krvi i sam fetus“(3). Najčešće primjenjivani lijekovi su:

- Alfa blokatori – najčešće se koristi Metildopa s početnom dozom od 2x250 mg dnevno peroralno. A Urapidil se ordinira pri dugotrajnom liječenju 2-3x 60-90 mg peroralno.
- Blokatori kalcijevih kanala –Magnezijev sulfat dobar je antikonvulziv, tokolitik daje se 3-4 grama kontinuiranom i.v. infuzijom 1-2 grama/sat. Antidot terapije Magnezijem je 10% -tni calcium gluconat intravenozno tijekom 3 minute.
- Beta blokatori- mogu se davati samostalno ili kombinirano, ne smiju se ordinirati dugotrajno i kod IUGR-a.
- Vazodilatatori- kod nas se ne koriste, u svijetu se koriste desetljećima dihidralazin u intravenoznom obliku 3x 12,5-25 mg na dan.
- Ostali antihipertenzivi – vrlo se rijetko primjenjuju, diuretici furosemid i manitol se ordiniraju samo kod kardijalno dekompenziranih trudnica.

LIJEČENJE NISKOMOLEKULARNIM HEPARINOM

Ordinira se u liječenju hipertenzivne bolesti u trudnoći ako postoji :

1. Teška preeklampsija
2. Teška kronična hipertenzija
3. Nefropatija
4. Transplantacija bubrega
5. Pozitivna antifosfolipidna protutijela
6. Trombofilija

ONKOTIČKO LIJEČENJE

„Ordinira se kod teške preeklampsije koja ima obilježje hipovolemije s hemokonzentracijom i oligurijom“(2). Ovakvim načinom liječenja poboljšavamo perfuziju organa, poboljšava se hemodinamički doplerski parametri fetalne cirkulacije. “Liječenje onkoticima treba provoditi u jedinicama intenzivne terapije uz stalni hemodinamski nadzor, posebice na ravnotežu tekućine i mjerenje centralnog venskog tlaka“(2).

ANTI-KONVULZIVNO LIJEČENJE

Provodimo ga u stanjima eklamptičkog napada, ordinira se :

- a) Benzodiazepini: diazepam ili midazolam – snižava krvni tlak i relaksira mišiće, ali na respiraciju djeluje depresivno. Ordinira se polagano intravenozno u dozi od 10-20 mg.
- b) Tiobarbitaliopenton- 250 mg intravenozno ili u kratkotrajnoj infuziji, ima odličan antikonvulzivan učinak.

NADOKNADA TEKUĆINE I ELEKTROLITA

„Vrlo je važna kod preeklampsije i eklampsije. Kod eklamptičkih trudnica intravaskularni volumen je znatno reducirano te postoji nerazmjernost u distribuciji tekućine između intravaskularnog i ekstravaskularnog prostora“(3). Najčešće primjenjujemo Ringerovu otopinu u količini od 60-100 ml/h.

PROFILAKSA EKLAMPSIJE U TRUDNICA S TEŠKOM PREEKLAMPSIJOM

Kod trudnica s teškom preeklampsijom opravdana je primjena antikonvulzivne terapije budući da kod tih trudnica postoji opasnost za nastanak eklampsije te je najpovoljniji lijek magnezijev sulfat. Ukoliko se nakon primjene magnezijevog sulfata krvni tlak ne snizi, primjenjujemo ili diazepam ili fenitoin. "Primjena antikonvulzivne terapije u trudnica s blagom preeklampsijom nije opravdana"(3).

POROD

„Porod je definitivna terapija preeklampsije i eklampsije“(3.) Na porod se odlučujemo kada smo stabilizirali trudnicu, nema konvulzija, ostvarena adekvatna kontrola krvnog tlaka.

„Tijekom samog poroda treba nastaviti s primjenom magnezijevog sulfata kako bi se izbjegla pojava novih eklamptičnih napadaja“(3). Postoji velika vjerojatnost da fetus bude ugrožen tijekom poroda stoga moramo pratiti stanje majke i fetusa tokom poroda.

1.8.HELLP SINDROM

„HELLP sindrom označava H= hemolysis/hemolizu, EL= elevated liver enzymes/povišeni jetreni enzimi i LP= low platelet count/niski trombociti“(1). Javlja se u 5:1000 trudnoća, te su nam istraživanja pokazala da 4-12% trudnica s preeklampsijom razvija simptome HELLP sindroma.

ETIOLOGIJA I RIZIČNI FAKTORI

„Kod HELLP sindroma dolazi do vaskularnog oštećenja endotelnih stanica što posljedično uzrokuje intravaskularnu aktivaciju trombocita“(3). Zbog sekvestricije i destrukcije crvenih krvnih stanica prilikom prolaska kroz male oštećene krvne žile s fibrinskim čepom kod HELLP sindroma dolazi do hemolize. Kao posljedica opstrukcije hepatičkog protoka na razini jetrenih sinusoida fibrinskim depozitom dolazi do povišenih jetrenih enzima.

Rizični faktori za nastanak HELLP sindroma su multiparitet, dob majke veća od 35 godina, bijela rasa, loš perinatalni ishod u prijašnjim trudnoćama.

KLINIČKA SLIKA

HELLP sindrom obično nastaje u trećem trimestru trudnoće, iako u 11% trudnica se može javiti i prije 27. tjedna trudnoće. Kod 70% trudnica javlja se antepartalno, a u 30% postpartalnotipično unutar 48h od poroda. Najčešći simptomi su opća slabost, bol i nelagoda u epigastriju, mučnina, povraćanje, glavobolja.

LIJEČENJE HELLP SINDROMA

Temelji se na ranoj dijagnostici i pravovremenom započinjanju terapije. Terapiju treba individualno prilagoditi stanju majke i djeteta te procijenjenoj gestacijskoj dobi djeteta. "Kod trudnica koje su pogodne za konzervativni tretman treba biti postignuta adekvatna kontrola krvnog tlaka, oligurija treba odgovarati na primjenu tekućine, a povišene vrijednosti jetrenih enzima ne bi trebale biti udružene s bolovima u gornjem dijelu abdomena"(3). Rutinski bi trebale trudnice s HELLP sindromom primati kortikosteroidnu terapiju jer se pokazalo da antenatalna primjena kortikosteroida u visokim dozama 10mg/12h značajno poboljšava laboratorijske parametre. "U terapiji HELLP sindroma opravdana je i profilaktička primjena Magnezijeva sulfata za prevenciju eklamptičkih konvulzija bez obzira na prisutnost hipertenzije"(3). Kao početna doza primjenjuje se 4-6 grama, a zatim kontinuirano i.v. infuzija 2grama/h.

Komplikacije koje se javljaju kod trudnica s HELLP sindromom su :

- Diseminirana intravaskularna koagulacija
- Abrupcija placente
- Adultni oblik respiratornog distress sindroma
- Plućni edem
- Supkapsularni hematom
- Ruptura jetre

1.9 SESTRINSKA SKRB ZA PACIJENTICE S PREEKLAMPSIJOM I EKLAMPSIJOM

Velika je važnost medicinske sestre u prepoznavanju i brizi o pacijentici s preeklampsijom. Treba na vrijeme uočiti pojavu simptoma koji su povezani uz pojavu preeklampsije kao što su glavobolja, zamagljen vid, bljeskanje pred očima, tromost. Važno nam je procijeniti da li ima predispozicijske faktore rizika koji bi nam ukazivali na pojavu hipertenzivne bolesti tokom trudnoće. Od velike nam je važnosti i mjerenje tjelesne težine kako bismo mogli uspoređivati njene promjene tokom trudnoće. Tijekom prepartalnog razdoblja medicinska sestra bi trebala pacijenticu podučiti o važnosti prehrane, informirati o simptomima preeklampsije kako bi na vrijeme pacijentice mogle reagirati i potražiti liječničku pomoć. Ukoliko je pacijentica hospitalizirana i medicinska sestra primijeti na pacijentici da bi moglo doći do napadaja treba ju smjestiti u zamračenu prostoriju, osigurati joj tišinu i mir. Treba provjeriti potrebnu opremu za sigurnu njegu pacijentice te ju imati nadohvat ruke. Jedna od bitnih uloga medicinske sestre je briga o uzimanju lijekova za sniženje krvnog tlaka, pogotovo ako je riječ o Magnezijvom sulfatu. "Vitalne signale i vrijednost tlaka trebalo bi provjeravati svaka četiri sata, noću nije potrebno osim u slučaju povećanja tlaka"(6). „Medicinska sestra treba provjeriti opremu potrebnu za sigurnu i učinkovitu njegu pacijenata. Štitnik za zube koji se umeće u usta prilikom napadaja mora biti u blizini pacijentice tako da se može brzo upotrijebiti i u slučaju napada spriječiti nehotične ozljede“(6). Medicinska sestra treba obratiti pozornost na eventualne znakove trudova ili abrupcije posteljice. „Medicinska sestra trebala bi posumnjati na početak porođaja kada pacijentičino uzdisanje ili premještanje postane pravilno i u redovitim intervalima, svakih pet minuta“(6).

2. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati težinu bolesti koju uzrokuju gestoze i do čega mogu dovesti ako se ne liječe i ne prepoznaju na vrijeme.

3. METODE RADA

Metode su uključivale pretragu medicinske dokumentacije te intervju s babinjačom o njezinom stanju i dovršetku trudnoće s obzirom na težinu njezine zdravstvene situacije.

4. REZULTATI RADA

Intervju s babinjačom nam je omogućio bolji uvid u stanje i težinu bolesti koje uzrokuju gestoze i do kakvih posljedica opasnih po život mogu dovesti.

5. PRIKAZ SLUČAJA TRUDNICE S PRIJETEĆOM EKLAMPSIJOM

Na osnovu prikupljenih podataka putem intervjua, fizikalnog pregleda te proučavanjem medicinske dokumentacije saznala sam da se radi o 35. godišnjoj trudnici koja po prvi puta rađa. Antenatalna skrb provedena je u domu zdravlja Bjelovar gdje je trudnica kontrolirala svoju trudnoću. Pacijentica se javlja u 36 tjednu trudnoće u bolnicu zbog kontinuiranih glavobolja koje su lokalizirane u čeonom dijelu glave, krvarenja iz rodnice te bolova u trbuhu. Iz razgovora s pacijenticom i uvidom u njenu medicinsku dokumentaciju saznajemo da je do sada s trudnoćom bilo sve u redu te da nije imala nikakvih tegoba. Obiteljska anamneza je uredna kao i osobna anamneza, nije ništa teže bolovala, alergije negira. Saznajemo da je u trudnoći dobila do sada 18 kg te da su laboratorijski parametri bili u granicama normale kao i krvni tlak. Trudnica izgleda prestrašeno, blijedo i tahikardna je (110), stolica i mokrenje su uredni, krvni tlak pri dolasku je 160/105mmHg. Da bismo dobili uvid u stanje i napredak bolesti potrebno je obaviti laboratorijske pretrage koje je ordinirao liječnik te kontrolirati krvni tlak najmanje 4 puta dnevno, pratiti stanje trudnice i fetusa. Uvidom u kontrolirane zapise krvnog tlaka vidimo da se tlak ne snižava ispod 150/100mmHg te liječnik ordinira antihipertenzivnu terapiju.

Unatoč svim sestrinskim i medicinskim intervencijama svi ciljevi nisu postignuti, a život trudnice i djeteta su dalje vitalno ugroženi. Obzirom da se radilo o donošenoj trudnoći u prezentaciji zatkom, povišenim vrijednostima krvnog tlaka s glavoboljom, sumnji na zastoj rasta i nepovoljnom opstetričkom nalazu te starijoj prvorotki trudnoću se odlučilo dovršiti elektivnim carskim rezom. Rođeno je muško novorođenče težine 2520 grama i 46 cm duljine, predano odmah neonatologu koji procjenjuje apgar 10/10. Pacijentica po dolasku iz operacione sale uz propisanu terapiju i dalje je hipertenzivna 150/100 mmHg, satna diureza 50ml/h, puls 85/min. Tokom idućih par sati kontroliralo se stanje pacijentice i primjenjivala ordinirana terapija. Idućeg dana krvni tlak uz primjenu terapije i dobro provođenju zdravstvenu njegu, odnosno sestrinske intervencije krvni tlak iznosi 140/80 mmHg što govori u prilog da pacijentica nije dobila eklamptički napadaj.

6. DIJAGNOZE KOD EPH GESTOZA

Tablica 1. Sestrinska dijagnoza - Visoki rizik za neuravnoteženost prehrane i tekućine(6)

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE
Visoki rizik za neuravnoteženost prehrane i tekućine	Pacijentica će imati uravnoteženu prehranu i tekućine tokom hospitalizacije	Ispitati boluje li pacijentica od alergije na hranu Ponuditi biljne začine u zamjenu za sol Kontrolirat tjelesnu težinu u odgovarajućim razmacima Savjetovati laganu raznovrsnu hranu

Tablica 2. Sestrinska dijagnoza- Anksioznost(6)

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE
Anksioznost	Pacijentica neće biti anksiozna niti osjećati strah tijekom trudnoće	Educirati pacijenticu o njezinoj bolesti Procijeniti stupanj straha i anksioznosti Naučiti je tehnikama relaksacije Osigurati joj mir

Tablica 3. Sestrinska dijagnoza- Neupućenost(6)

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE
Neupućenost	Pacijentica će znati objasniti svoju bolest, kako je prevenirati, prepoznati simptome i liječenje	Educirati o načinu nastanka, prevenciji, simptomima i liječenju njezine bolesti Educirati obitelj o pacijentičinoj bolesti te ih upoznati kako se nositi s time Savjetovati pacijenticu da se strogo drži liječnikovih uputa

Tablica 4. Sestrinska dijagnoza-Nemogućnost brige za sebe(6)

DIJAGNOZA	CILJ	INTERVENCIJE
Nemogućnost brige za sebe	Pacijentica će se sama brinuti za sebe	Utvrđiti opće stanje pacijentice Procijeniti stupanj pomoći u njezi te po potrebi pomoći pacijentici Poticati pacijenticu da sama provodi njegu

7.RASPRAVA

U ovom radu sam prikazala slučaj 35. godišnje trudnice koja se javlja u 36. tjednu svoje prve trudnoće zbog povišenih vrijednosti krvnog tlaka 160/105 mmHg, bolova u trbuhu, glavobolja te vaginalnog krvarenja. Iz razgovora sa pacijenticom saznajemo da je do sada s trudnoćom bilo sve u redu, nije do sada nikada imala povišeni krvni tlak, osobna i obiteljska anamneza su uredne. Pacijentici je na odjelu kontroliran tlak, praćeno je majčino i fetalno stanje te s obzirom da je tlak i dalje povišen ordinirali su se antihipertenzivi te je pacijentici omogućena mirna okolini. Povišen krvni tlak nam je jedan od najvećih problema u trudnoći jer dovodi do perinatalnog mortaliteta, stoga nam je važno održavati krvni tlak u granicama normale. Sama pojavnost EPH gestoza s obzirom na vrijeme javljanja je u 70% slučajeva antepartalno te 30% postpartalno. Da bismo izbjegli maternalni i fetalni mortalitet u 3% slučajeva porod se završava izme u 34. i 36. tjedna, te u 97% slučajeva izme u 37. i 40.tjedna, s time da od toga 85% završava vaginalnim porodom a 15% carskim rezom. Kao što je u slučaju prikazano na kraju smo porod morali dovršiti elektivnim carskim rezom jer unatoč svoj pruženoj zdravstvenoj skrbi pacijentici se stanje pogoršavalo te da bismo spriječili maternalni i fetalni mortalitet moralo se dovršiti trudnoću.

Povišeni krvni tlak u trudnoći i izvan nje je veoma opasan za život ako se na vrijeme ne prepoznaju simptomi i ne liječi se, stoga se treba redovito kontrolirati kako bi mogli pravovremeno reagirati.

8.ZAKLJUČAK

EPH gestoza je najčešća bolest koja se javlja u trudnoći. To je poremećaj koji zahvaća relativno mlade žene tijekom prve trudnoće, ali je češća kod žena koje imaju više od 40 godina. Gestoze su obilježene porastom krvnog tlaka te pojavom bjelančevina u mokraći. EPH gestoza nam je savršen primjer kako i koliko redoviti ginekološki pregledi igraju ulogu i imaju važnost u nadziranju pravilnog tijeka trudnoće i samog poroda. Medicinske sestre imaju veliku ulogu u edukaciji trudnica te su najbolji zdravstveni djelatnici za davanje savjeta i uspostavu dobre komunikacije. Medicinska sestra nije samo psihička potpora pacijentici nego ju ujedno i educira i daje informacije o bolesti.

9.LITERATURA

- 1.Pecigoš-Kljuković K.; Zdravstvena njega trudnice, roditelje i bebinjake; I. Izdanje, Školska knjiga; Zagreb 2000.
- 2.Kurjak A. i suradnici; Ginekologija i opstetricija; II svezak treće izdanje; Tonimir
Varaždinske toplice, 2003.
- 3.Habek D.; Ginekologija i porodništvo; Medicinska naklada; Zagreb 2013
- 4.Dražančić A. i suradnici, Porodništvo, Školska knjiga, Zagreb, 1999.
- 5.Prof.dr.sc. Delmeš J., dr. med., Hipertenzija i trudnoća, Liječnički vjesnik, 2006;128:357-368
- 6.<http://hrcak.srce.hr/111151>
- 7.<https://fizioteria.wordpress.com/2013/02/13/eph-gestoze-i-dio/>

10.SAŽETAK

Hipertenzivni poremećaj podrazumijeva jednu od vodećih uzroka majčine smrti udružene s krarenjem i embolijom. Povišeni krvni tlak, bio dio preeklampsije ili ne je ozbiljna prijetnja za zdravlje trudnice i njezinog djeteta. Preeklampsija je bolest trudnoće koja je karakterizirana krvnim tlakom 140/90 mmHg ili više u dva različita mjerenja u odnosu na normalni krvni tlak u ranijoj trudnoći. Eklampsija je ozbiljna komplikacija preeklampsije koja relativno povećava majčinu i fetalnu smrt.

Ključne riječi: hipertenzija, preeklampsija, eklampsija

11.SUMMARY

Hypertensive disorder meaning one of the leading causes of maternal death along with haemorrhage and embolism. Elevated high blood pressure, whether part of preeclampsia or not, is a serious threat to the health of the pregnant women and her baby. Preeclampsia is a disease of pregnancy characterized by a blood pressure of 140/90 or above on two different measurements with a preceding normal blood pressure in early pregnancy. Eclampsia is a serious complication of preeclampsia as it has a relatively increased maternal and fetal mortality.

Key words: hypertensio, preeclampsia, eclampsia

Završni rad izrađen je u Bjelovaru, 22.03.2016

Potpis studen

Završni rad izrađen je u Bjelovaru, 22.03.2016

Per Martina

Potpis studen

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Martina Per

(Ime i prezime)

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mog završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 22. 03. 2016

Per Martina

(potpis studenta/ice)